

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO										
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2018	MAI/2018	JUN/2018	Resultado no Período	Avaliado Como		
CPA	01	QT 1	Atender 100% as consultas e exames de UE ortopédicas no mês de referência (estimativa de 420 mês)	≥ 90% = 05	N=Nº Consultas e Exames D=Estimativa (420 Mês) Resultado Pontos	758	585	568	1.911	Pertinente	
				< 90% ≥ 70% = 02		420	420	420	1.260		
				< 70% = 00		180,48%	139,29%	135,24%	151,67%		
						5	5	5	5		5
		Análise:	Poucos municípios aparecem no relatório do NIR. Porque os outros municípios não estão no NIR, inclusive Itapeva? A Comissão continua solicitando ao Gestor os relatórios do SIA para comprovação.								
		Justificativa:	A Unidade informa que alguns municípios se negam a utilizar o sistema CROSS e o município de Itapeva acessa diretamente o hospital sem a utilização do CROSS.								
		Recomendação:	Novamente solicitamos o envio da listagem dos pacientes atendidos em consultas. A Comissão verificará a possibilidade de utilização do sistema CROSS pelo município de Itapeva para o módulo de urgência/emergência.								
	02	QT 2	Realizar 100% das cirurgias ortopedicas de média complexidade de U.E. (no mínimo 12 mês)	≥ 90% = 05	N=Nº Cirurgias Ortopéd. D=Estimativa (12 Mês) Resultado Pontos	12	12	12	36	Pertinente	
				< 90% ≥ 70% = 02		12	12	12	36		
				< 70% = 00		100,00%	100,00%	100,00%	100,00%		
				5		5	5	5	5		
	Análise:	De acordo com o documento apresentado o prestador cumpriu a meta estabelecida.									
	Justificativa:										
	Recomendação:										
CCPMIS	03	QT 3 (B03)	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Adulto. Produção anual: 2016 diárias	≥ 90% = 03	N=Pac.Dia UTI ADULTO D=Leitos-Dia SUS UTI ADU Resultado Pontos	235	244	236	715	Pertinente	
				< 90% ≥ 80% = 02		240	248	240	728		
				< 80% ≥ 70% = 01		97,92%	98,39%	98,33%	98,21%		
				< 70% = 00		3	3	3	3		3
		Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 98,21% (Score 3).								
		Justificativa:									
		Recomendação:	Manter o percentual acima de 90% até 100%.								
	04	QT 4	Manter taxa de ocupação igual ou superior 70% na UTI Neonatal. Produção anual: 2520 diárias	≥ 90% = 03	N=Pac.Dia UTI NEONATAL D=Leitos-Dia SUS UTI NEO Resultado Pontos	214	251	254	719	Pertinente	
				< 90% ≥ 80% = 02		300	310	300	910		
				< 80% ≥ 70% = 01		71,33%	80,97%	84,67%	79,01%		
< 70% = 00				1		2	2	1	1		
	Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O percentual de alcance do trimestre foi de 79,01% (Score 1).									
	Justificativa:	A Unidade informa que iniciou a reforma nas instalações da UTI Neonatal na competência MAR/2018.									
	Recomendação:	Buscar elevar a Taxa de Ocupação em UTI NEONATAL (SUS) para 90% até 100%.									
05	QT 5 (B05)	Manter o tempo médio de permanência igual ou inferior a 7 dias na especialidade cirúrgica	< 7 dias = 02	N=Pac.Dia Espec. Cirúrg. D=Saídas Espec. Cirúrgica Resultado Pontos	487	517	481	1.485	Pertinente		
			≥ 7 dias <= 10 dias = 01		170	186	139	495			
			> 10 dias = 00		2,86	2,78	3,46	3,00			
					2	2	2	2		2	
	Análise:	Os documentos comprobatórios anexados estão em conformidade. O alcance do trimestre foi de 3,00 dias (Score 2).									
	Justificativa:										
	Recomendação:	Manter o tempo médio de permanência abaixo de 7 dias.									

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO								
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2018	MAI/2018	JUN/2018	Resultado no Período	Avaliado Como
06	QL 1 (A01)	Manter em 100% a atualização com a apresentação do relatório das alterações do CNES, gerado pelo SCNES e relatório de alterações do CNES, gerado pela unidade.	Não nos três meses = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim		Pertinente
			Sim em 01 mês = 01						
			Sim em 02 meses = 02	Pontos	● 1	● 1	● 1	● 3	● 3
			Sim nos três meses = 03	<b>Análise:</b> Quanto ao documento comprobatório relatório com a data da última atualização; na competência ABRIL/2018 a data de assinatura é incompatível com a data da última atualização na base nacional. O Gestor informa que quanto ao problema verificado no documento comprobatório relatório com a data da última atualização, competência ABRIL/2018, trata-se de um erro de digitação. Quanto ao documento descritivo informando as alterações realizadas no SCNES; na competência ABRIL/2018 foram informadas 19 alterações e foram constatadas 2 alterações não relatadas; na competência MAIO/2018 foram informadas 12 alterações e foram constatadas 3 alterações não relatadas e na competência JUNHO/2018 foram informadas 58 alterações. A Comissão de Monitoramento Regional considerando que as alterações não relatadas na competência MAIO/2018 foram realizadas pelo nível federal e o pequeno volume de problemas verificados, acorda que o prestador pontua neste indicador (Score 3).					
	<b>Justificativa:</b>								
	<b>Recomendação:</b>	Relatar todas as alterações realizadas e atentar para a qualificação do documento comprobatório.							
07	QL 2 (A11)	Implantar ações da Política Estadual da Humanização (PEH), apresentando relatório/mês das ações da elaboração do Plano Institucional de Humanização (PIH).	Sim = 02	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente
			Em implantação = 01						
			Não = 00	Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2	● 2
			<b>Análise:</b>	A unidade tem implementado as ações conforme Plano Institucional de Humanização (PIH) apresentado.					
	<b>Justificativa:</b>								
	<b>Recomendação:</b>	Conforme alinhamento com NTH a unidade deve enviar as informações trimestralmente através dos modelos padrão de relatórios utilizados para o acompanhamento de todos os programas do Estado, demonstrando a implementação da Política Estadual de Humanização (PEH) de acordo com o Plano Institucional de Humanização (PIH) já enviado. Orientamos que os documentos sejam datados e assinados pelo responsável do CIH constando: nome, cargo/função, e-mail e assinatura, enviados C/C para o e-mail: nth.rras8@gmail.com.							
08	QL 3	Manter índice de satisfação do usuário SUS na maternidade igual ou superior a 80% de bom e ótimo	≥ 80% = 03	N=Usuários Bom/Ótimo	135	141	147	423	Pertinente
			< 80% ≥ 70% = 02		D=Usuários Pesquisa	165	148	155	
			< 70% ≥ 60% = 01	Resultado	81,82%	95,27%	94,84%	90,38%	
			< 60% = 00	Pontos	● 3	● 3	● 3	● 3	● 3
	<b>Análise:</b>	A unidade apresentou as informações mensais. Verificado que todos os itens avaliados nos três meses apresentaram índice ≥ 80%. Em relação ao número de internações na maternidade foram: 279 (abr), 229 (mai) e 257 (jun) apresentando uma média de 61% de pacientes internados que se manifestaram sobre a satisfação sobre a internação.							
	<b>Justificativa:</b>								
	<b>Recomendação:</b>	Ocorreu alinhamento referente a metodologia e a apresentação dos dados deve permanecer mensal.							
09	QL 4	Apresentar Investigação do nº de Óbitos materno e infantil pela maternidade com inserção dos profissionais envolvidos.	Sim = 02	Resultado	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial	Pertinente
			Parcial = 01						
			Não = 00	Pontos	● 1	● 1	● 1	● 1	● 1
			<b>Análise:</b>	A instituição encaminhou o relatório com a análise, que evidenciam a reunião e o levantamento dos óbitos, sem a efetiva demonstração de análise de problemas e propostas, bem como monitoramentos realizados de ações já desenvolvidas ex: ilegitimidade orientação ao profissional, se a ocorrência se deu com o mesmo ou outro profissional, justificativa para a necessidade de cesária (análise do prontuário compatível com a justificativa médica).					
	<b>Justificativa:</b>								
	<b>Recomendação:</b>	Solicitito para as próximas avaliações sejam encaminhadas as justificativas apresentadas pela equipe e suas análise comparativas de prontuário para possíveis intervenções efetivas sobre os índices, descrever nas análises dos óbitos os problemas relacionados e propostas, e nas ações os objetivos esperados com a proposta.							

Resp. Aval.	PLANO OPERATIVO														
	Item	Meta	Score - Alcance da Meta	Variável	ABR/2018	MAI/2018	JUN/2018	Resultado no Período	Avaliado Como						
CTAR	10	QL 5 (A15)	Manter atuantes a realização de reuniões das Comissões obrigatórias (Ética Médica, Controle de Infecção Hospitalar, Óbito, Prontuários)	Sim = 02 Parcial = 01 Não = 00	1- Ética Médica	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente					
					2- Controle Infec. Hospit.	Sim	Sim	Sim	Sim						
					3- Óbito	Sim	Sim	Sim	Sim						
					4- Prontuários	Sim	Sim	Sim	Sim						
						Pontos	● 2,00	● 2,00	● 2,00	● 2,00	● 2,00				
	<b>Análise:</b>		Comissões atuantes.												
	<b>Justificativa:</b>														
	<b>Recomendação:</b>														
	11	QL 6	Manter protocolos de referência e contra-referência no ambulatório de ortopedia trauma de Urgência/Emergência	Sim = 02 Em implantação = 01 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente					
					Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2	● 2					
					<b>Análise:</b>		Protocolo atualizado.								
					<b>Recomendação:</b>		Manter Protocolo Atualizado.								
	12	QL 7 (B07)	Manter taxa de Mortalidade Institucional menor que 5%.	≤ 03% = 02 > 03 ≤ 05 = 01 > 05% = 00	N=Nº Óbitos após 24h	36	39	46	121	Pertinente					
D=Total Saídas					732	688	729	2.149							
Resultado					4,92%	5,67%	6,31%	5,63%							
Pontos					● 1	● 0	● 0	● 0	● 0						
<b>Análise:</b>		Taxas de mortalidade institucional elevadas.													
<b>Justificativa:</b>															
<b>Recomendação:</b>		Elaborar Plano de Ação.													
13	QL 8 (B08)	Apresentar relatório mensal com os Indicadores de infecção hospitalar padronizados pelo Grupo de Vigilância Epidemiológico (GVE)	Sim = 02 Não = 00	Resultado	Sim	Sim	Sim	Sim	Pertinente						
				Pontos	● 2	● 2	● 2	● 2		● 2					
				<b>Análise:</b>		Relatórios enviados.									
				<b>Recomendação:</b>		Parâmetros analisados deverão seguir os seguintes valores: DI PN x VM (18%) DI IPCS (<30% 3 ANOS) DI IU x SV (<7,4%).									
<b>Justificativa:</b>															
<b>Recomendação:</b>		Parâmetros analisados deverão seguir os seguintes valores: DI PN x VM (18%) DI IPCS (<30% 3 ANOS) DI IU x SV (<7,4%).													
<b>RESUMO</b>				<b>META</b>	<b>PONTOS POSSÍVEIS</b>	<b>RESULTADO APRESENTADO</b>	<b>RESULTADO AVALIAÇÃO</b>	<b>% ALCANCE AVALIAÇÃO</b>							
				META QUANTITATIVA	18,00	16,00	16,00	88,89%							
				META QUALITATIVA	18,00	15,00	15,00	83,33%							
				TOTAL.....	36,00	31,00	31,00	86,11%							
<b>OBSERVAÇÕES GERAIS</b>				Avaliação do Programa PRÓ-SANTA-CASA-2 da SANTA CASA DE ITAPEVA, competências ABR/2018, MAI/2018 e JUN/2018, realizada no dia 09/08/2018 às 09:30hs no Auditório do DRS XVI SOROCABA.											



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SOROCABA - DRS XVI

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO PRÓ-SANTA CASA 2

DATA: 09/08/2018 – Horário: 09h30min

LOCAL: AUDITÓRIO - DRS XVI

AVALIAÇÃO DO 2º TRIMESTRE/2018

BENEFICIÁRIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITAPEVA

INSTITUIÇÃO	TITULAR/ SUPLENTE	RG	ASSINATURA
DRS/CCPM/NMDIS	ADRIANA ROLIM RIBEIRO	24.755.071-1	
DRS/CCPMIS/NMDIS	WILLIAM FERNANDO DE OLIVEIRA	15.941.672-3	
DRS/CPA/CTAR	PAULO CESAR PUPO	11.307.760-9	
DRS/CPA/CTAR	SÉRGIO ALEXANDRE DE OLIVEIRA	20.330.774	
DRS/CDQS	PATRÍCIA DUTRA DOS SANTOS MONTEIRO	23.067.379-X	
DRS/CDQS	JÉSSICA ALESSANDRA PEREIRA	25.902.597-5	
DRS/NTH	MERIGLEY CARVALHO DE ARRUDA ALBUQUERQUE	24.451.472-0	
DRS/CPA/NAM	CRISTIANE GONÇALVES DA COSTA	25.252.089.0	
DRS/CPA/NR	MARIA JUSTINA SANTOS NALI LANDULFO	22.209.367.5	
DRS/CGA	VERA LÚCIA PEDROSO	11.299.172-5	
SANTA CASA DE ITAPEVA	FABIANA SILVA GONÇALVES ALMEIDA CRUZ	30.492.508-1	
SANTA CASA DE ITAPEVA	CLEVERSON VALENTIM NOBRE	26.626.326-4	
ITAPEVA	MARIA ELIZA FERRARESI	9.301.936-1	
ITAPEVA	PAULO HENRIQUE SANTOS GONÇALVES	33.992.105-5	
APIAÍ	RICARDO LEÃO SILVA	34.202.005-5	
APIAÍ	PEDRO CESAR M. RAMOS	40.209.009-3	
ITAPIRAPUÃ PAULISTA	JULIANA MARIA TEIXEIRA COSTA	83.129.875	



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA DE REGIÕES DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SOROCABA - DRS XVI

LISTA DE PRESENÇA – COMISSÃO PRÓ-SANTA CASA 2

DATA: 09/08/2018 – Horário: 09h30min

LOCAL: AUDITÓRIO - DRS XVI

AVALIAÇÃO DO 2º TRIMESTRE/2018

BENEFICIÁRIO: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ITAPEVA

ITAPIRAPUÃ PAULISTA	CARINA DE FÁTIMA COSTA VALE		
GUAPIARA	JEDSON WALLA VALLE DE LIMA	39.231.001	
GUAPIARA	PAULO ROGÉRIO SANT'ANA		
BURI	ANGELICA NORONHA DE ALBUQUERQUE		
BURI	MAYARA A. RAMOS		
APOIADOR DO COSEMS	NIELSE C. M. FATTORI	10.906.282-6	
SC. ITAPEVA	WUANE GOMES RIBEIRO	27600711-6	Paul